

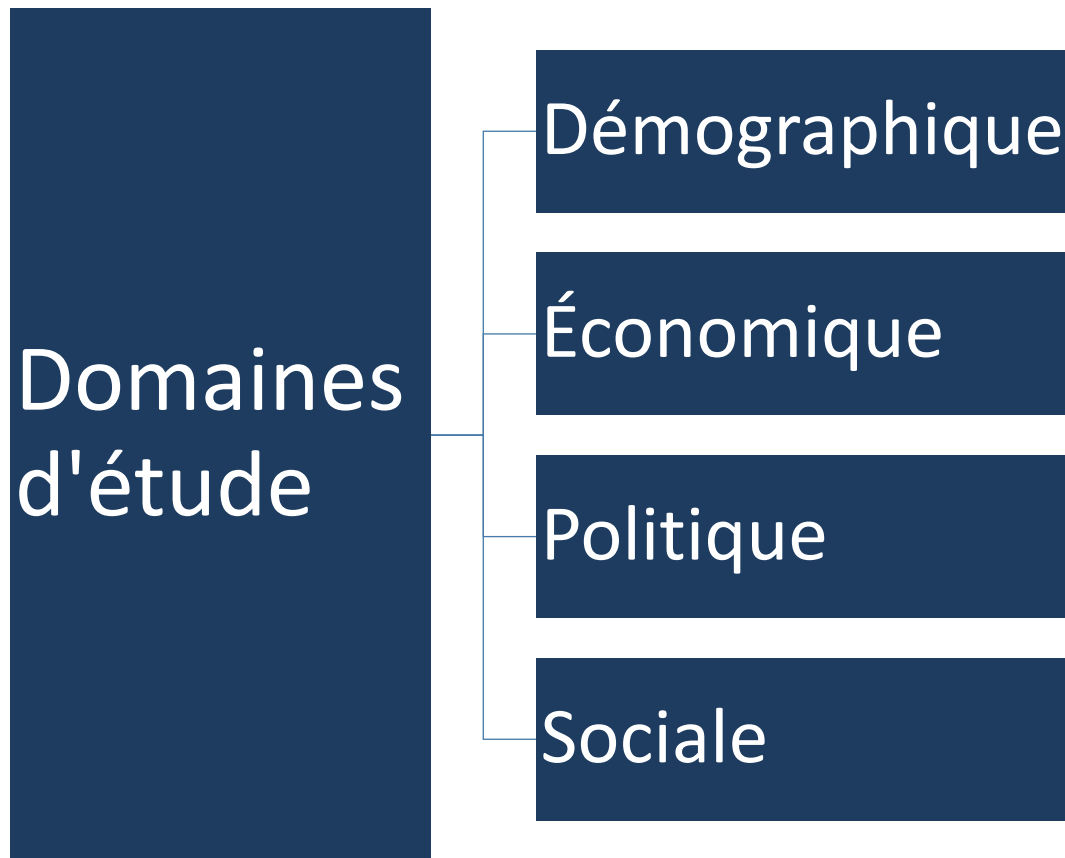
Analyse de la politique de régionalisation du SUS : des progrès et des impasses de la mise en œuvre des régions et des réseaux au Brésil



Coordination générale : Ana Luiza d'Ávila Viana

Septembre 2017

Les conditionnements des processus de régionalisation



- À l'heure actuelle nous témoignons des **changements** dans les **flux de personnes, de biens, du marché du travail, dans la production et dans la disponibilité** des connaissances qui remettent en question le système complexe de la politique publique et modifient modifier les relations entre l'État et le marché.
- Cette situation se traduit par l'émergence de nouvelles (et dans le renforcement des anciennes) asymétries au sein des États nationaux et entre les États.

- Le défi consiste à répondre à ces processus avec des politiques publiques sectorielles afin d'atténuer certaines tendances.
- Pour cela, il faut mettre en place un modèle de développement fondé sur les gens plus que dans les machines et dans le capital.

- Identifie les établissements de formation au-delà des limites municipales, ce qui expose la profondeur des inégalités économiques et l'offre de prestation de services dans le pays.

(IBGE, 2008)

- Plus récemment, une autre étude sur l'évolution des inégalités dans le pays confirme que, malgré l'amélioration dans certains indicateurs, la face territoriale des inégalités est encore le symbole du Brésil

(Arretche, 2015)



- Certaines régions du Brésil ont besoin de plus de ressources que d'autres
- Les réseaux urbains manquent de politiques de planification.
- L'une des mesures principales d'amélioration des conditions de vie et de réduction des inégalités est la formulation d'une planification régionale qui combine des mesures d'incitation économique et des investissements dans les services sociaux.

- Discuter des premiers résultats des réseaux Région et Recherche.
- Tout d'abord, nous faisons une brève description et remise en cause des politiques régionales au cours des dernières années, et ensuite nous analysons les spécificités du secteur de la santé et, enfin, nous élaborons quelques réflexions.

L'IPEA publie une étude basée sur deux courants de pensée

Les politiques régionales pour les personnes et leurs familles

- formulées par les ministères sociaux afin de réduire la pauvreté et la misère

La politique économique sectorielle (BNDES) et régionale (les banques régionales)

- ayant comme but de financer des projets d'immobilisations et des projets d'investissement.

(IPEA, 2017)

Des points de vue sur le sens de la politique publique sur le territoire

Approche de non-intervention sur le territoire (place-neutral approach)

(Banque Mondiale, 2009)

approche qui préconise une intervention sur le territoire (place-based approach)

(OCDE, 2009)

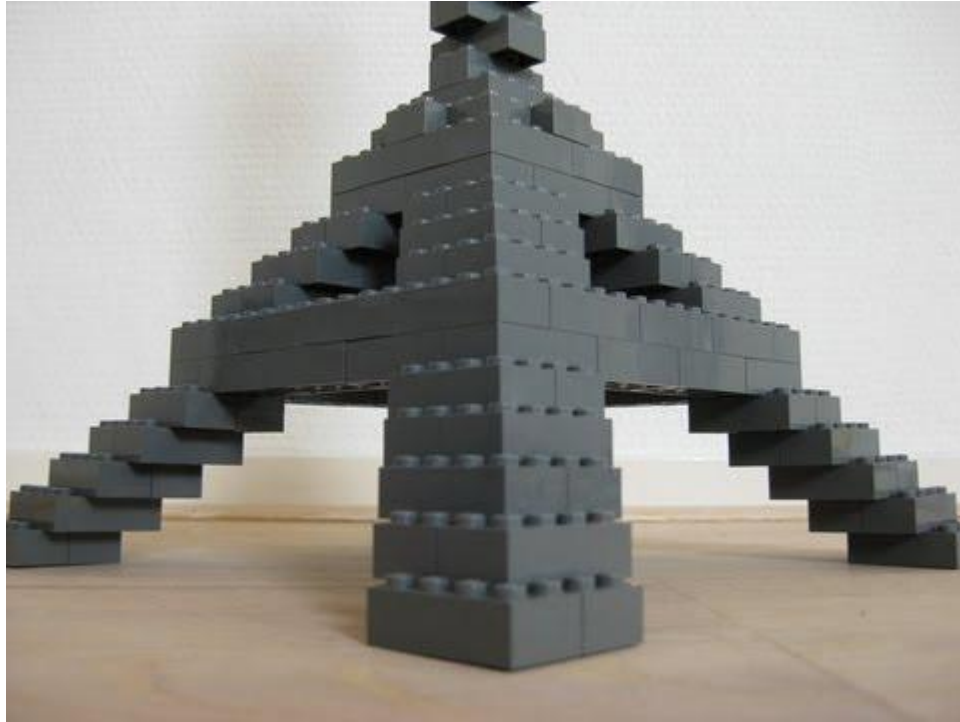
Le changement mis en place dans les niveaux d'indicateurs sociaux, comme indiqué dans les documents d'évaluation de la politique sociale (Campello et Neri, 2013, PNUD, IPEA et FJP, 2013, cité dans Neto AM, Brandão, CA et Castro CN, 2017), doit être poursuivi ; et une fois atteinte la transformation, ne devra pas subir une diminution.

Cependant, en raison du faible développement institutionnel de l'État, les mécanismes pour coordonner les efforts pour la création de nouveaux forums communs d'articulation de politiques sectorielles et intergouvernementales avec un regard sur les régions du Brésil sont faibles ou inexistantes.



Le processus de régionalisation au Brésil a déjà parcouru un long chemin, étant donné ce qui a été proposé lors de la création du SUS. Cependant, il existe peu d'études qui permettent de mieux comprendre leurs objectifs, les conditions, les périodes ou les cycles de mise en œuvre et leur coordination avec les politiques régionales. Il n'y a pas non plus d'analyse de leur impact et de leur importance dans la construction d'une planification régionale de la santé.





La régionalisation fait partie d'un plus grand changement qui fait intervenir les gouvernements, les prestataires de services et les utilisateurs, Dont le but est d'améliorer la disponibilité de services de santé et d'actions qui puissent empêcher toutes sortes d'inégalités et de lacunes dans la prise en charge intégrale, mettant l'accent sur l'économie et la bonne utilisation des ressources. Enfin, la régionalisation est une nouvelle culture dans la prestation sécurité de service de santé.



En ce qui concerne les réseaux de la politique nationale de santé, les normes indiquent que le Réseau de soins de santé (Rede de Atenção à Saúde - RAS) est défini par une organisation d'actions de santé et de services de différentes densités technologiques, lesquelles, grâce à des systèmes intégrés de soutien technique, logistique et de gestion, cherchent à assurer des soins complets, sans hiérarchie entre les services.

- En ce qui concerne la synthèse de ces deux moments, quelques points importants :
 - la paralysie d'innovations dans la politique de régionalisation ;
 - la perte d'importance des domaines de concertation à niveau fédéral ;
 - la croissance du recrutement indirect, par les autorités locales et / ou les États ;
 - une plus grande participation des acteurs liés aux prestataires et aux secteurs industriels de la santé dans la discussion et la définition de l'orientation de la politique de santé.

- Des études récentes attirent l'attention :
 - l'impact limité des politiques, que ce soit le développement des réseaux régionaux (Menicucci T. et al, 2017), ou la mise en œuvre d'un instrument de concertation - COAP (Moreira M. et al, 2017), et
 - pour la croissance des processus d'achats indirects pour la gestion des équipements régionaux (AL Viana et al, 2015 ;. Goya N. et al, 2016 ; VS Coelho, 2017)
- Mais, des forums intergouvernementaux appropriés aux nouvelles exigences du processus de régionalisation et l'harmonisation des politiques de santé dans les trois niveaux du gouvernement n'ont pas été organisés. Et ce qui doit surprendre c'est la participation institutionnalisée des autorités sous-nationales dans la mise en œuvre de la politique (RR et AD Pires Gomide, 2016), car il s'agit justement de la marque de la politique sociale, et en particulier de la santé.

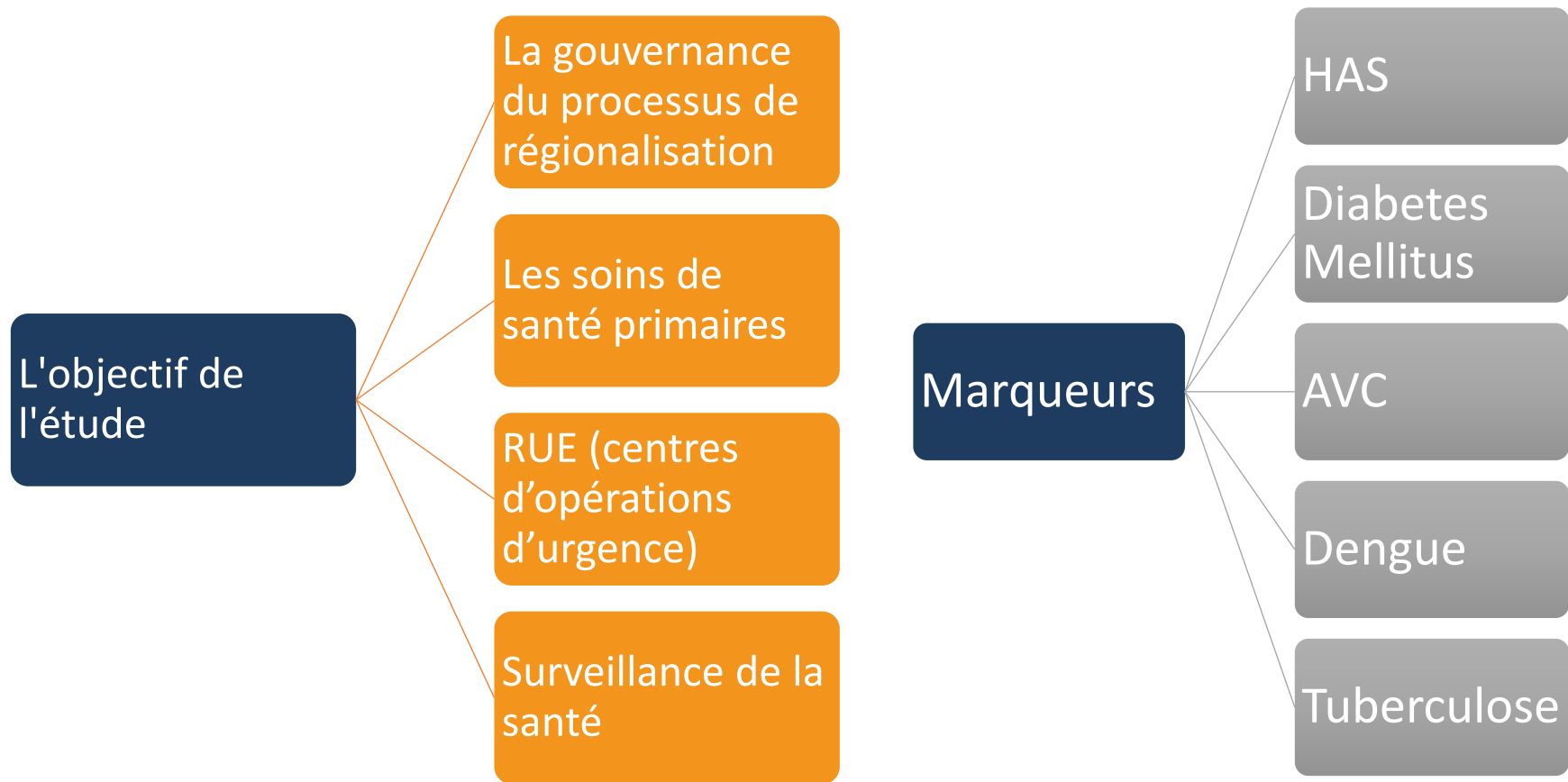
Le processus de régionalisation au Brésil

Période nationale	Le développement régional et l'excédent fiscal	Le développement régional et l'excédent fiscal	La crise financière et le changement dans la politique économique (2015-2016)	La rupture institutionnelle La crise fiscale et la crise économique (2016 à ce jour)
Les cadres de la politique de régionalisation	- Pacte pour la santé - Décret 4279/2010 établissant les Réseaux de soins au SUS - Régionalisation et réseaux à partir de l'émergence de l'aménagement du territoire - CGR	- Décret 7508/2011 - Loi 141/2012 - La régionalisation et les réseaux à partir de l'émergence de l'aménagement du territoire - CIR - Comité régional de gestionnaires - COAP - Réseaux thématiques	- Directive identique sans innovation - CE 86/2015 (reliant les dépenses à RCL) a changé le modèle proposé par l'EC 29/2000 (liant les frais au PIB), rend obligatoires les modifications législatives, en les incluant comme des dépenses de santé	- Directive identique sans innovation - Projet SUS légal, approuvé dans la CIT le 27 janvier 2017, prévoit le changement dans le modèle de transfert des moyens d'un fond à l'autre ; des blocs d'attention vers les modalités de financement et d'investissement
Les Ministres de la Santé de la période	Humberto Costa (2003 à 2005), José Saraiva Felipe (2005 à 2006), José Agenor Álvares da Silva (2006-2007) et José Gomes Temporão (2007 à 2010)	Alexandre Padilha (2011-2014)	Arthur Chlora (2014-2015) et Marcelo Castro (2015-2016)	Ricardo Barros (2016 à ce jour)
Des forums du processus de négociation	Négociation CIT, CONASS et CONASEMS, des conflits plus ouverts et mieux discutés	Négociation CIT, CONASS et CONASEMS, avec des conflits plus fermés et moins discutés	Faible utilisation des espaces de négociation et de concertation	Utilisation des espaces de négociation pour changer le mode de transfert
Financement des différents secteurs du gouvernement	Augmentation des transferts du gouvernement central vers les États et les municipalités, réduction relative de la participation du gouvernement central et une participation accrue des États et des municipalités.	Augmentation des transferts du gouvernement central vers les États et les municipalités, réduction relative de la participation du gouvernement central et participation accrue des États et des municipalités ; augmentation des investissements dans l'APS (dépenses avec MAC	Réserve comptable du budget du gouvernement central, augmentation des dépenses avec MAC ; réduction des dépenses des unités fédérales, avec le respect aux exigences légales minimales (12% du revenu courant brut) et augmentation des dépenses au niveau des municipalités.	Réserve des dépenses de santé par les trois sphères du gouvernement. Et institution de la EC 95/2016 avec modération des dépenses primaires pendant 20 ans au niveau fédéral, y compris la santé
Passé par niveau de service	L'augmentation des dépenses avec les soins de basse, moyenne et haute complexité	L'augmentation des dépenses avec les soins de basse, moyenne et haute complexité	L'augmentation des dépenses avec les soins de moyenne et haute complexité	L'augmentation des dépenses avec les soins de moyenne et haute complexité

Le processus de régionalisation au Brésil

Période nationale	Le développement régional et l'excédent fiscal	Le développement régional et l'excédent fiscal	La crise fiscale et des changements dans la politique économique (2015-2016)	La rupture institutionnelle La crise fiscale et la crise économique (2016 jusqu'à ce jour)
Investissement	L'investissement dans de nouveaux équipements au niveau fédéral et dans certaines unités fédérales	L'investissement dans de nouveaux équipements au niveau fédéral et dans certaines unités fédérales	Décélération des investissements fédéraux	Décélération des investissements fédéraux et des unités fédérales
Caractéristiques du processus de recrutement indirect	Embauche indirecte et l'esprit d'entreprise restreint d'un point de vue national	Embauche indirecte et l'esprit d'entreprise moyen d'un point de vue national	Augmentation de l'emploi indirect et l'esprit d'entreprise	Augmentation de l'embauche indirecte et l'esprit d'entreprise forte dans les États et les municipalités
Parties prenantes	CONASS et CONASEMS	CONASS, CONASEMS, les prestataires de services de santé et les hommes d'affaires liés au complexe médical de la santé	Les prestataires de services de santé et des hommes d'affaires liés au complexe médical de la santé	Les prestataires de services de santé et des hommes d'affaires liés au Complexe Médical de la Santé CONASS et CONASEMS (discussion intense lors du passage aux nouvelles modalités de transferts)
Résultats	Aucun progrès dans l'alliance des réseaux régionaux	Aucun progrès du COAP	Début de la mise en œuvre des réseaux de soins	Phase de stagnation des processus de régionalisation et la mise en place des réseaux de soins

Des études sur le terrain avec la collecte des données primaires, couvrant de nombreux aspects liés à la politique, à la planification et à la gestion de la santé.



- 36 itinéraires thérapeutiques pour l'AVC
 - afin d'obtenir une vision intégrée du parcours des patients et de ceux qui sont exposés par les services de santé.
- Étude sur le mouvement médical et des formes d'organisation qui offrent des services médicaux
 - Données secondaires
 - Des interviews avec les professionnels de la santé travaillant sous des régimes variés, ainsi qu'avec les représentants des associations corporatives et avec les principales compagnies d'assurance-santé de la région.
- Des études supplémentaires
 - L'offre et les caractéristiques de la formation en santé
 - Champ d'application des différentes pratiques dans les soins de santé primaires

La Recherche - le personnel

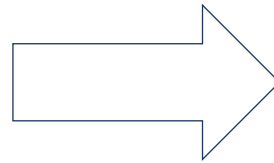
- Ont participé environ 25 chercheurs dans chaque étude régionale, aidés par des chercheurs des institutions partenaires sur le terrain :
- Fiocruz, à Manaus ;
- UFBA et IMIP à Petrolina et à Juazeiro ;
- UFMT dans la Baixada Cuiabana ; et
- UFRS dans la région Carbonífera et Costa Doce.



- L'approche méthodologique a été basée sur l'utilisation des outils de politiques publiques pour la bonne compréhension du processus de régionalisation
- Les interactions entre la bureaucratie de l'État (les décideurs politiques aux différents niveaux de gouvernement) et les acteurs non étatiques (des prestataires de services), et quelles ressources mobilisent-ils (reliés à la morphologie de l'État et des institutions qui rendent des services)
- Il faut se demander quel est le niveau d'autonomie de la régionalisation de la politique de santé processus face aux contraintes structurelles, c'est-à-dire, économique et politique.

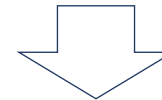
Dimension

**Politique
Structure
Organisation
Intersectorialité**



interviewé

**Gestionnaires
prestataires
La société en
général**



**Municipal
Régional
État
National**

Régions choisies - étude nationale

5 groupes typologiques (socioéconomiques et complexité de la prestation de services de santé) ;

5 macrorégions

Type de prestataire prédominant dans la région (public, privé et mixte) ;

Hiérarchie et la complexité urbaine (capital, RM et RIDE, la taille de la population) ;

Les municipalités du projet QualiSUS-Rede ;

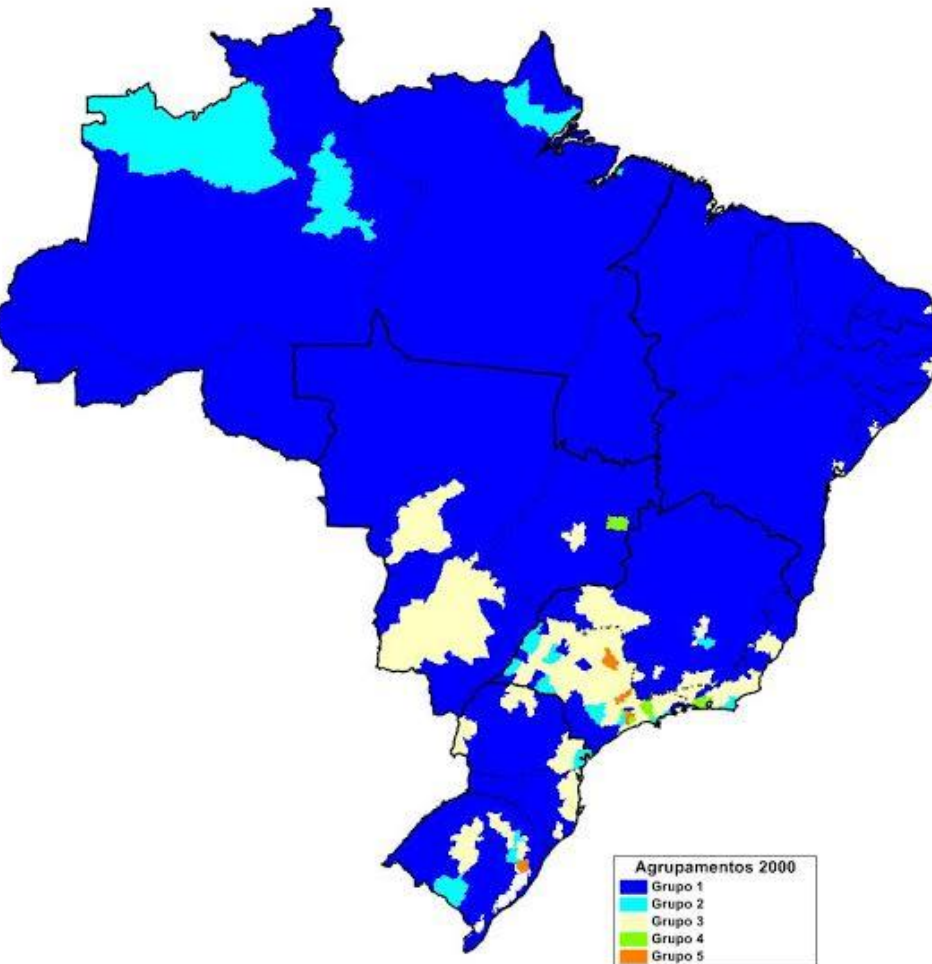
Municipalités dans les zones frontières internationales ;

Les municipalités de frontières entre États ;

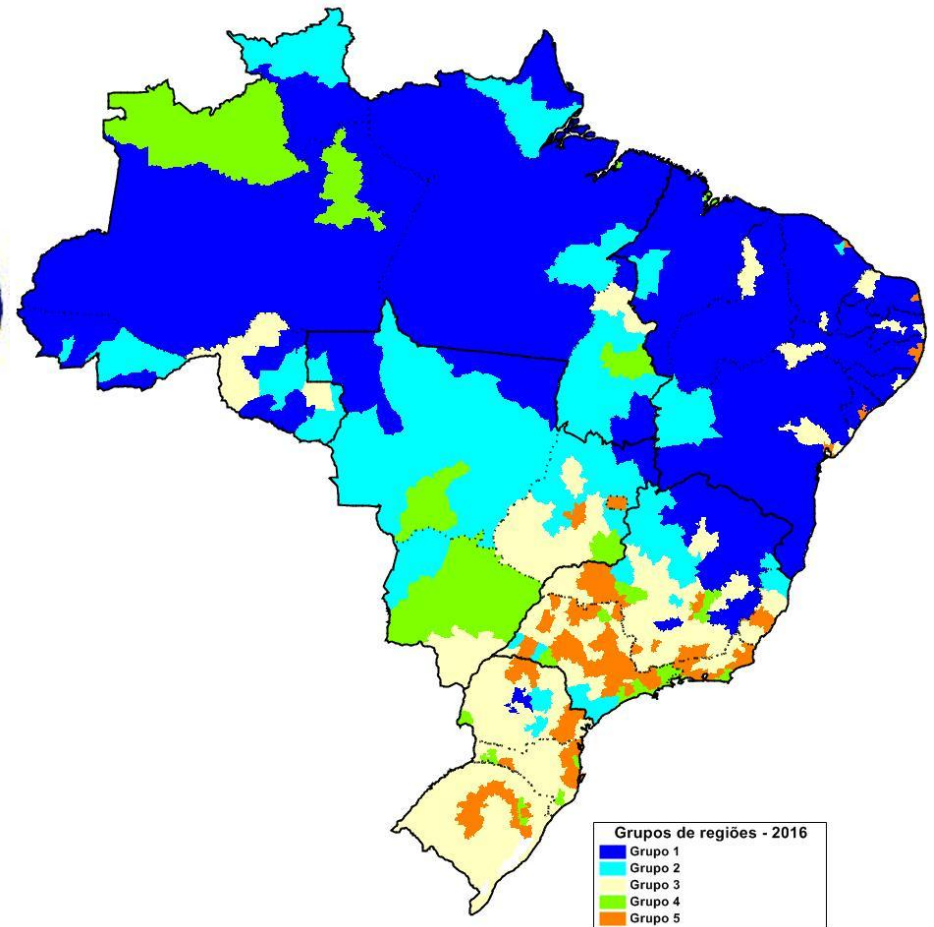
École de médecine.

Typologie

2000



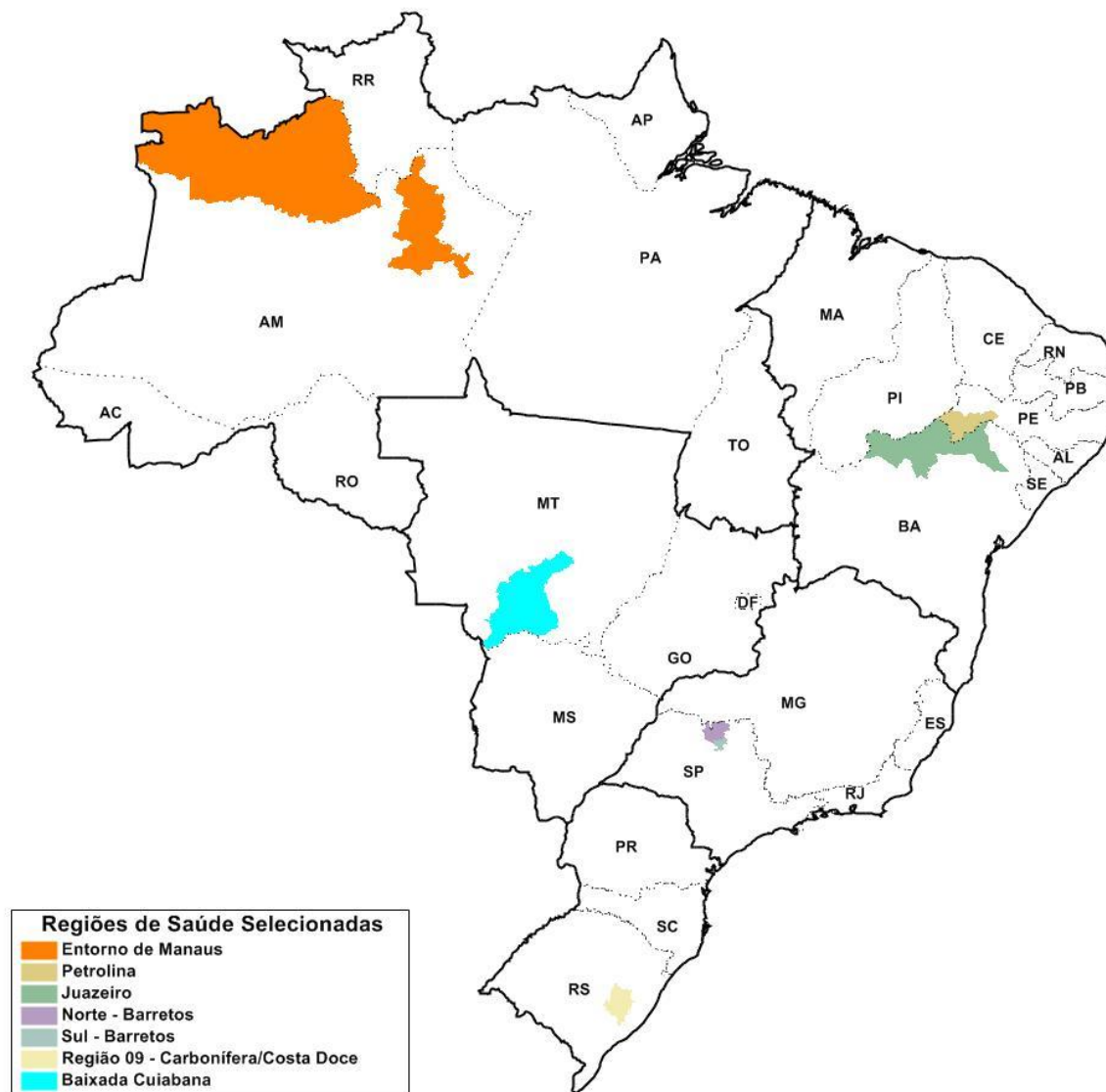
2016



Régions choisies - étude nationale

<u>REGIONS CHOISIES</u>	5
Total de régions sanitaires de l'échantillon	Manaus et ses environs et Alto Rio Negro (AM) Petrolina (PE) / Juazeiro (BA) Nord et Sud - Barretos (SP) Carbonífera / Costa Doce (RS) Baixada Cuiabana (MT)
Nombre de municipalités par région sanitaire	7 à 19
Population (2010) par région sanitaire	268 546 (min) 911 482 (max)
Taux moyen géométrique de croissance annuelle 2000/2010 (%)	0,64 (min) et 2,58 (max)
Régions avec prestataire essentiellement public	2
Régions avec prestataire intermédiaire	2
Régions avec prestataire essentiellement privé et mixte	2
Régions du Groupe 1 (Socioéconomique - 2016)	1
Régions du Groupe 2	-
Régions du Groupe 3	3
Régions du Groupe 4	2
Régions du Groupe 5	1
Régions où se trouvent les capitales	3
Régions avec le projet QualiSUS-Rede	2
Régions sur la zone frontière internationale	2
Régions sur la zone frontière de l'État	5
Régions avec les municipalités de RM et RIDE	5
Régions avec réserve indienne	2

Régions choisies - étude nationale



Régions choisies - étude nationale

Région Sanitaire (CIR - Comité régional de gestionnaires)	Villes où l'enquête a été menée	Nombre de villes dans la région sanitaire	Présence de capital	Villes dans la zone frontière	Villes dans la zone frontière avec un État	Typologie des régions sanitaires (CIR - Comité régional de gestionnaires)
Manaus et ses environs et Alto do Rio Negro (AM)	Careiro da Várzea Manaus* São Gabriel da Cachoeira	12	Oui	Oui	-	G4 : développement socioéconomique élevé et offre / complexité moyenne des services de santé
Petrolina (PE)	Cabrobó Orocó Petrolina*	7	Non	Non	Oui	G3 : niveaux moyens et élevés de développement socioéconomique et l'offre / complexité faible des services de santé
Juazeiro (BA)	Casa Nova Juazeiro* Remanso	10	Non	Non	Oui	G1 : faible développement socioéconomique
Nord - Barretos (SP)	Barretos* Cajobi Olympie	10	Non	Non	Oui	G5 : développement socioéconomique élevée et offre / complexité élevée des services de santé
Sud - Barretos (SP)	Bebedouro Taiúva	8	Non	Non	Non	G3 : niveaux moyens et élevés de développement socioéconomique et offre / complexité faible des services de santé
Région 09 - Carbonífera / Costa Doce (RS)	Camaquã Dom Feliciano Guaíba* Sertão Santana	19	Non	Non	Non	G3 : niveaux moyens et élevés de développement socioéconomique et offre / complexité faible des services de santé
Baixada Cuiabana (MT)	Acorizal Cuiabá* Várzea Grande	11	Oui	Non	Non	G4 : développement socioéconomique élevé et offre / complexité moyenne des services de santé

Des questions par dimension

Questions	Politique	Structure	Organisation	Intersectorialité
Gestionnaire municipal	53	44	53	23
Gestionnaire régional	53	44	53	23
Gestion de l'État	51	44	32	0
Prestataire municipal	13	31	29	21
Prestataire régional	17	7	0	0
Prestataire de l'État	5	0	0	0
Société	5	0	0	0
RUE (Centres d'opérations d'urgence) / SAMU (Unité Mobile de Soins d'Accompagnement)	7	18	17	0
Les soins pharmaceutiques	10	0	0	0
Veille sanitaire	6	16	21	0
TOTAL	59	74	80	23

Questionnaires appliqués

Région	Municipalités	Questionnaires appliqués	
		Municipalité	Région
Barretos Nord - Sud	Barretos	16	42
	Bebedouro	8	
	Cajobi	7	
	Olympie	8	
	Taiúva	3	
Petrolina / Juazeiro	PE - Petrolina	16	66
	PE - Cabrobó	8	
	PE - Orocó	9	
	BA - Juazeiro	15	
	BA - Casa Nova	8	
	BA - Remanso	10	
Manaus et ses environs et Alto Rio Negro	Manaus	24	37
	Careiro da Várzea	7	
	São Gabriel da Cachoeira	6	
Baixada Cuiabana	Cuiabá	22	38
	Varzea Grande	9	
	Acorizal	7	
Carbonífera / Costa Doce	Guaíba	8	34
	Camaquã	9	
	Dom Feliciano	8	
	Sertão Santana	5	
	Porto Alegre	4	

Le taux d'influence

Le taux d'influence mesure, sur une échelle de 1 à 10 points, le degré de contribution de trois dimensions : Politique, organisation et structure, dans la mise en œuvre de la régionalisation du système de santé.

Dimension	Composants	Description
Politique	Le rôle dans la région	importance : des organismes publics de l'organisation du système de santé ; des prestataires de services (publics et privés) et des organisations de la société civile ; des institutions académiques et des conseils de participation ; et le pouvoir législatif.
	Importance du bureau régional	L'importance du CIR - Comité régional des gestionnaires : la politique de santé au niveau régional, la conformité aux réseaux de soins ; la résolution des conflits, la planification régionale, le suivi et l'évaluation, le financement et la négociation entre les entités publiques et privées
	Les développeurs de la régionalisation	Importance : les incitations financières du gouvernement fédéral, les lignes directrices fédérales du SES, les lignes directrices de la CIB, les incitations financières du gouvernement De l'État, les directives du ministère de la Santé, les directives de l'ITC et les directives du Groupe conducteur des réseaux
Structure	Participation	La participation du financement à niveau fédéral, de l'État et municipal dans les RAS (Réseau de soins de santé) de la région
	L'investissement dans RAS	Les investissements dans les RAS ont augmenté dans la région au cours des trois dernières années
	Quantité suffisante de ressources physiques	Quantité suffisante des ressources physiques du RAS pour : la couverture APS, les consultations spécialisées, des lits, la neurochirurgie et la chirurgie cardiaque, les soins intensifs (néonatal et adulte), SADT de moyenne et haute complexité
	Quantité suffisante en RH	Quantité suffisante en RH dans les RAS : médecins, infirmières, dentistes et professionnels de niveau supérieur et intermédiaire
	Quantité suffisante en couverture APS	Absence de groupes de population sans couverture APS dans la région
Organisation	Les réseaux	importance des paramètres suivants par RAS dans la région : répartition territoriale de la population, profil démographique, conditions d'accès, critères épidémiologiques, analyse des risques et de la vulnérabilité, couverture existante dans l'assurance maladie privée, disponibilité des services de santé, disponibilité en ressources humaines, incitations financières et l'existence de conseils régionaux de gestion
	intégration	L'importance des mécanismes et instruments d'intégration des soins et la coordination des soins dans le RAS de la région : les mécanismes informels de référence clinique, des mécanismes formels d'envoi chez un spécialiste et envoi aux unités de santé, arsenal thérapeutique disponible à l'unité et les directives cliniques (régimes et lignes de traitement)
	La coordination des soins	Initiatives pour les soins : les médecins de soins de santé primaires (SSP) font le suivi des malades pendant leur séjour à l'hôpital. Ils reçoivent par écrit les informations des résultats des consultations des patients qui ont été envoyés chez les médecins spécialistes, les médecins SSP entrent en contact avec les spécialistes pour échanger des informations sur les patients qui leur ont été envoyés, des activités de formation permanente de façon à permettre des contacts et des réunions entre les

Le taux d'influence

Le taux d'influence	Petrolina / Juazeiro	Carbonífera / Costa Doce	Nord - Barretos / Sud - Barretos	Baixada Cuiabana	Manaus et ses environs et Alto Rio Negro
Politique	7,79	7,75	7,05	7,04	5,86
Organisation	6,79	6,22	6,18	6,12	5,15
Structure	3,78	4,13	3,27	3,04	3,30
Général	6,12	6,03	5,50	5,40	4,77

Performance des cinq régions selon les dimensions et indice final

Politique	Organisation	Structure	Taux final
Petrolina / Juazeiro	Petrolina / Juazeiro	Carbonífera / Costa Doce	Petrolina / Juazeiro
Carbonífera / Costa Doce	Carbonífera / Costa Doce	Petrolina / Juazeiro	Carbonífera / Costa Doce
Nord - Barretos / Sud - Barretos	Nord - Barretos / Sud - Barretos	Manaus et ses environs et Alto Rio Negro	Nord - Barretos / Sud - Barretos
Baixada Cuiabana	Baixada Cuiabana	Nord - Barretos / Sud - Barretos	Baixada Cuiabana
Manaus et ses environs et Alto Rio Negro	Manaus et ses environs et Alto Rio Negro	Baixada Cuiabana	Manaus et ses environs et Alto Rio Negro

- **Petrolina et Juazeiro** : sont en conformité d'une région de projet de réseau QualiSUS, ayant vécu une période de participation des États et des municipalités dans la politique régionale de la santé, en raison de l'existence du projet, ce qui peut avoir corroboré pour une perception plus positive des gestionnaires et des prestataires interviewés.
- **Carbonífera et Costa Doce** : la trajectoire peut être expliquée par la longue durée de la question régionale dans le cadre des politiques de santé au RS, la performance exceptionnelle de Cosems sur une longue période dans la région, et une gamme d'investissements institutionnels réalisés par SES (Roese, Le ., 2014).
- La mauvaise performance de **Manaus** n'est pas surprenante compte tenu des difficultés de la mise en œuvre du processus de régionalisation dans le Nord (L. Garnelo, 2017).
- **Baixada Cuiabana** est une région qui a joué un rôle important dans le cadre de la question régionale. Il se peut que la mémoire de jours meilleurs ait été responsable de la pire évaluation de l'heure actuelle par les gestionnaires et les prestataires (Scatena et al, 2015).
- **Barretos** qui, en dépit d'être un complexe médical de la santé de grande capacité, de faire l'objectif d'investissements récents (UPA et AMES), d'héberger sur son territoire une institution aussi forte que la Fondation Pio XII et de disposer d'un grand champ formateur en ressources humaines pour la santé, ne se distingue pas dans le processus de régionalisation, d'après l'avis des gestionnaires et des prestataires. (Région et Réseaux, 2016)

Politique - Rôle joué

Petrolina / Juazeiro	Carbonífera / Costa Doce	Baixada Cuiabana	Nord - Barretos / Sud - Barretos	Manaus et ses environs et Alto Rio Negro
CIR - Comité régional des gestionnaires	Instance Régional et Secrétariat d'État à la santé	Ministère de la Santé	instance régionale	Sec. d'État à la santé
Sec. État à la santé et le Ministère de la santé	Ministère de la santé	Sec. d'État à la santé	CIR - Comité régional des gestionnaires	Cosems

Politique - contribution CIR

Petrolina / Juazeiro	Carbonífera / Costa Doce	Baixada Cuiabana	Nord - Barretos / Sud - Barretos	Manaus et ses environs et Alto Rio Negro
Coordination des politiques et développement de l'aménagement du territoire	Aménagement du territoire	Suivi et évaluation	Coordination des politiques	Résolution des conflits

Promotion de la régionalisation

- Les fonds se distinguent par rapport aux lignes directrices, comme instrument de financement de la régionalisation, et dans le cadre des ressources financières, le MS se distingue dans les cinq régions, trois seulement sont suivies par référence aux fonds de l'État.
- La faible implication des États dans la politique de santé a laissé au MS le rôle important dans le financement, ainsi que les municipalités.
- De nouveaux investissements ont été organisés par le niveau fédéral au cours des dernières années et beaucoup des incitations à la mise en œuvre des réseaux thématiques sont encore exclusivement à l'Union. C'est pourquoi les deux régions les ressources de l'État ont également été identifiées comme importantes, comme par exemple la Baixada Cuiabana et Petrolina / Juazeiro.
- Les directives de l'État sont les plus importants, comme instrument de promotion de processus de régionalisation, après les directives du ministère de la Santé. En fait, les deux institutions rivalisent dans la proposition de lignes directrices pour le processus de régionalisation dans toutes les régions étudiées.

Structure

	Petrolina / Juazeiro	Carbonífera / Costa Doce	Baixada Cuiabana	Nord - Barretos / Sud - Barretos	Manaus et ses environs et Alto Rio Negro
Quantité suffisante	Cout tripartite	Cout tripartite	Cout tripartite	Cout tripartite	Cout tripartite
Quantité moins suffisante	Ressources physiques	Ressources physiques	Ressources physiques	L'investissement dans le Réseau de soins de santé (RAS)	Ressources humaines

Dans cette dimension, l'insuffisance de ressources financières n'est pas l'élément souligné par la plupart des gestionnaires et prestataires, mais bien le manque de ressources matérielles dans en trois régions, de ressources humaines dans une région et des fonds insuffisants de RAS dans une autre.

Le financement de la meilleure performance de la structure peut être expliquée par le poids du financement municipal, plus élevé que la participation fédérale et de l'État, en dépit du fait que les gestionnaires et les prestataires n'aient pas indiqué comme étant significatif l'augmentation des ressources pour l'investissement dans le RAS au cours des 3 dernières années.

Structure

- Il est également important de noter que la couverture de l'APS a été identifiée comme insuffisante dans quatre régions, sauf dans Carbonífera / Costa Doce, en particulier Baixada Cuiabana.
- Ce résultat attire l'attention parce que ces dernières années il y a eu des investissements dans les infrastructures physiques (PMAQ) et une plus grande disponibilité des ressources humaines (le programme Mais Médicos) dans l'APS, mais il y a, tout de même, une perception d'insuffisance par les gestionnaires et les prestataires dans les régions avec des profils et situation géographique si différents.
- Le point d'achoppement est juste la capacité physique insuffisante et la disponibilité des ressources humaines, ce qui était à prévoir étant donné la faiblesse des investissements dans la santé au cours de la première décennie de ce siècle et les grandes lacunes en matière de soins encore présents dans tout le Brésil.

Organisation

Petrolina / Juazeiro	Carbonífera / Costa Doce	Baixada Cuiabana	Nord - Barretos / Sud - Barretos	Manaus et ses environs et Alto Rio Negro
Règlementation intégration	intégration Les réseaux La	Les réseaux Intégration La	Les réseaux Intégration La	Les réseaux Intégration La
Les réseaux Coordination des soins	Règlementation Coordination des soins	Règlementation Coordination des soins	Règlementation Coordination des soins	Règlementation Coordination des soins

Organisation

- On peut soulever deux hypothèses pour ce résultat : on sait qu'il y eu des incitations de la politique fédérale pour la mise en œuvre des réseaux thématiques et intégration ; De même, les mesures prises par l'État en vue d'une meilleure réglementation des services et de l'offre de places sont maintenant une réalité dans de nombreux États du Brésil, cependant, l'avant-dernier composant est celui qui manque le plus d'une meilleure résolution.
- Ce qui est nouveau c'est la coordination des soins et la relation entre AP et spécialités, à savoir une meilleure intégration des phases des soins, véritable défi pour la politique de la santé, au niveau national et international. Dans toutes les régions était la composante la plus faible de cette dimension.

Leçons apprises

- Il y a de grands défis pour la mise en place d'un système de santé complet et pour une véritable coordination des services dans toutes les régions étudiées, malgré quelques progrès dans les politiques spécifiques en ce qui concerne la mise en œuvre des réseaux thématiques et la mise en place de mécanismes formels et informels d'intégration.

Leçons apprises

- Manque d'accès aux soins
- Le faible volume des investissements alloués à la santé par les trois niveaux de gouvernement et l'expansion d'un réseau peu performant
- Diminution de la disponibilité des lits dans toutes les régions
- L'APS fonctionne de façon sde la politique régionale et donc ne fonctionne pas en coordination avec les réseaux et les lignes de soins, ce qui entrave l'intégration systémique.

Leçons apprises

- Présence dans certaines régions des sociétés professionnelles qui font l'intermédiation pour le recrutement des professionnels qui vont travailler dans les soins de santé de proximité et en milieu hospitalier (comme dans la région de Manaus).
- Les institutions engagées par les municipalités et par les États sont autonomes pour décider où concentrer leurs investissements et leurs stratégies d'expansion ou de contraction. Le contrôle est encore à ses débuts par des organismes publics étant souvent bureaucratique et comptable.

Qu'est-ce qui rend difficile l'organisation d'un réseau intégré?

- Prolifération des organisations sans régulation et le contrôle de l'État, dans lequel la logique, éloignée des besoins de santé, organisent à la fois son expansion et son fonctionnement sur le territoire
- L'incapacité à réguler le flux des professionnels dans les régions et la multiplicité de contrats de travail fait en sorte que le professionnel soit plutôt un organisateur et un chef de file dans le processus de construction du système de soins de santé
- Le nombre de forums intergouvernementaux diminue parce que les vraies décisions sur la direction du processus de formation et / ou le renforcement des régions sanitaires ou bien sont centrées sur les structures étatiques, ou bien dans les structures de santé des pôles des municipalités.

Qu'est-ce qui rend difficile l'organisation d'un réseau intégré?

- Les conflits entre les municipalités qui jouent un rôle phare et le SES sont assez importants dans toutes les régions visitées par le groupe de recherche et très difficiles à comprendre, car le personnel technique fait le relais entre les deux structures
- Il n'y a pas de forum spécifique pour les débats concernant les relations public-privé entre les gestionnaires et les prestataires et Passe par de nombreuses relations formelles et informelles
- Tous ces facteurs conspirent contre le processus de régionalisation alors que la fragilité de la négociation et de la concertation intergouvernemental est devenu une nouvelle caractéristique du SUS.

Qu'est-ce qui rend difficile l'organisation d'un réseau intégré?

- Un modèle de gouvernance régionale qui ne se conforme pas à l'un des chemins décrits dans la littérature :
 - **Remplacement** : l'État ne participe plus dû à la perte de contrôle des politiques publiques, à partir de l'émergence et de l'intensification des interactions entre les parties prenantes de l'État, du marché et de la société civile (Mathews, 2012) et Zehavi, 2012) ;
 - **Changement de fonction** : déplacement de l'État vers d'autres fonctions. L'État se met à régler plutôt que de produire et de fournir des services - sans perte de centralité, l'État commence à diriger au lieu de tenir le contrôle de la situation, afin de pouvoir formuler et financer les politiques publiques (Matthews, 2012) ;
 - **Coopérative** : une collaboration accrue et l'intensification des interactions entre les acteurs étatiques et non étatiques dans la production des politiques publiques, ce qui peut entraîner la complémentarité et les synergies (Offe, 2009).

Donc

- Le processus de régionalisation a pris un chemin incertain sans une ligne directrice claire de ses objectifs, buts et outils de mise en œuvre et l'aménagement du territoire dans le cas de la santé, est encore un exercice de recherche.

Merci!